

née 1929
—

THÈSE

N^o
485

(POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

GEORGES PÉCASTAING

Né le 14 Juillet 1904

à GAAS (LANDES)

De la disposition Radiculaire du "VITILIGO"

(Essai de pathogénie radiculo-sympathique)

Le Président : M^r ACHARD

IMPRIMERIE MOUYSET

203, Rue d'Alésia, 203

PARIS

—
1929

185

DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA DISCIPLINE RADIATION

DU "VITRIS"

(Essai de pathologie radiologique)

PAR M. L. VITRIS

PAR M. L. VITRIS

185



Digitized by the Internet Archive
in 2026

année 1929

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

GEORGES PÉCASTAING

Né le 14 Juillet 1904

à GAAS (LANDES)

De la disposition Radiculaire du "VITILIGO"

(Essai de pathogénie radiculo-sympathique)

Le Président : M^r ACHARD

IMPRIMERIE MOUYSET

203, Rue d'Alésia, 203
PARIS

—
1929



LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	POUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie médicale	DE GAUDART d'ALLAN.
Pathologie chirurgicale	POGNON.
Physique	DONZELOT.
Pathologie médicale	ECALLE.
Obstétrique	FEY.
Urologie	GARNIER.
Pathologie expérimentale	GASTINEL.
Bactériologie	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	GIROUD.
Histologie	HARVIER.
Pathologie médicale	HOVELACQUE.
Anatomie	HUTINEL.
Pathologie médicale	JOANNON.
Hygiène	JOYEUX.
Parasitologie	LABBÉ Henri.
Chimie biologique	LAROCHE Guy.
Pathologie médicale	LEMAITRE.
Oto-rhino-laryngologie	LEROUX.
Anatomie pathologique	LEVEUF.
Pathologie chirurgicale	LIAN.
Pathologie médicale	MERCIER Fernand.
Pharmacologie	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOREAU.
Pathologie médicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Pathologie chirurgicale	MULON.
Histologie	OBERLING.
Anatomie pathologique	OLIVIER.
Anatomie	PIÉDELIÈVRE.
Médecine légale	PORTES.
Obstétrique	QUÉNU.
Pathologie chirurgicale	RICHET.
Physiologie	SÉZARY.
Dermatologie et syphiligraphie	VALLERY-RADOT.
Pathologie médicale	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
BUSQUET.....	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE....	Parasitologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.	REITERER.....	Histologie.
LEQUEUX.....	Obstétrique.	ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgic.	LÉRI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgic.	MOCQUOT.....	Clinique chirurgic.
CHEVASSO.....	Clinique chirurgic.	PROUST.....	Clinique chirurgic.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgic.
LE LORIER.....	Clinique obstétric.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les acci- dents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		
CHAILLEY-BERT		
LEDoux-LEBARD		
WEIL-HALLÉ		
		Stomatologie.
		Education physique.
		Radiologie clinique.
		Puériculture.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE
En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE

A MA MARRAINE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR ACHARD

Médecin de l'Hôpital Cochin

*Professeur de clinique médicale à la Faculté
de Médecine de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Institut

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de mes sentiments respectueux et de ma vive reconnaissance.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR TOURAINE

Médecin de l'Hôpital Broca . .

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail
et nous a sans cesse guidé de ses
conseils. Nous sommes heureux de lui
exprimer ici notre profonde gratitude
et notre respectueux attachement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur GOSSET.

Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur MARFAN.

Monsieur le Professeur CHEVASSU.

Monsieur le Professeur GUILLAIN.

Monsieur le Professeur LENORMANT.

Monsieur le Professeur COUVELAIRE.

Monsieur le Docteur CLAISSE.

Monsieur le Docteur LAUNAY.

Messieurs les Docteurs LEPAGNOLE, GAUTIER
et BRALEZ.

INTRODUCTION

Durant toute une année passée à l'hôpital Broca, notre maître, M. le D^r Touraine, a bien voulu attirer notre attention sur de nombreux cas de vitiligo, que nous avons pu observer. Cela fut l'occasion, pour nous, de vérifier les particularités topographiques de cette dyschromie et c'est à la suite d'une série d'exemples particulièrement démonstratifs que M. le D^r Touraine nous incita à entreprendre un travail sur cette question.

HISTORIQUE

Le vitiligo est une affection curieuse, qui avait déjà frappé les auteurs de la plus haute antiquité et qui la désignaient sous diverses appellations.

Selon Hébras, c'est Celse qui, le premier (53 ans avant Jésus-Christ) donna à cette affection le nom de « vitiligo », du mot latin, *vitulus*, ou veau; sans doute par comparaison avec les taches blanches, que présente le pelage de cet animal. Il ne donna d'ailleurs du vitiligo qu'une description très vague et se borna à distinguer une variété de taches noires et une autre de taches blanches, confondant donc, sous la même appellation, tout un groupe de dyschromies en réalité très différentes.

Avec les médecins arabes, la confusion ne fait que croître; ils distinguent, à l'envi, de nombreuses variétés, qu'ils nomment : « morphéa alba, morphéa nigra; albarras alba et albarras nigra ».

Au Moyen-Age, le vitiligo est confondu avec les diverses dyschromies, désignées par une foule d'appellations; il suffit pour se rendre compte de la confusion des idées à ce sujet de se reporter au » Grand Livre de Chirurgie », de Guy de Chauliac, paru en 1363. « Il faut, dit cet auteur, entendre que morphée, albarras,

algada, panes lentilles, sang mort ou meurtry, goutte ou coperose, rogne, feu volage, dartres, semblables sont infections de la peau tachetée, et d'autant plus qu'elles ne diffèrent, sinon en grandeur et petitesse ».

Il faut, ensuite, attendre jusqu'en 1772 pour entendre à nouveau parler du vitiligo. Le médecin de Dunkerque ayant eu l'occasion de noter sur un portrait des taches de vitiligo envoie à Buffon une curieuse relation des faits : « Je vous envoie, monsieur, un portrait qui se trouvait, dans une prise anglaise, faite dans la dernière guerre par le corsaire « La Royale ». C'est celui d'une jeune fille, dont la couleur est mi-partie de noir et de blanc..., etc. ; on ne peut comparer cet enfant, pour la forme des taches, qu'aux chevaux gris ou tigrés. »

Jusqu'au milieu du siècle dernier, la plus grande confusion, ne cesse d'ailleurs de régner, quand en 1862 Bazin isole le vitiligo des autres affections pigmentaires de la peau ; il ne conserve plus dans la terminologie, qu'un élément de confusion, en distinguant dans le vitiligo : « un vitiligo accidentel et un vitiligo congénital ».

C'est Meisner, en 1865, qui donna le premier une définition exacte de cette affection, « qu'il pense due à une cause interne ».

Depuis cette époque, la question a été particulièrement étudiée et nombreuses sont les théories qui ont été émises au sujet de l'étiologie du vitiligo.

Pour certains, le vitiligo serait, sous la dépendance d'une influence toxique, endo ou exogène, qui agirait sur les éléments périphériques par voie sanguine.

Pour d'autres, il résulterait d'une lésion du système cérébro-spinal. C'est la théorie la plus ancienne et celle qui groupe le plus grand nombre de partisans.

D'autres auteurs, enfin, estiment que le vitiligo est dû à un déséquilibre de la vie organique, à un fonctionnement vicié des glandes endocrines, lié à un trouble du sympathique.

CARACTERES DU VITILIGO

Il est classique de définir le vitiligo « une dyschromie, non congénitale, caractérisée par des taches blanches ou hypochromiques nettement limitées et entourées d'une zone plus ou moins étendue de surpigmentation ; la peau ne présentant, en dehors du changement de coloration, aucune autre modification de sa surface, de sa consistance ou de son épaisseur ».

Cette définition permet d'éliminer du groupe des vitiligos un certain nombre de dyschromies comme :

L'albinisme qui est congénital, ne présentant pas d'hyperpigmentation périphérique et qui doit être classé dans le groupe des *naevi pigmentaires*.

La leucodermie consécutive au lichen simplex chronique qui se distingue du vitiligo, non seulement par le prurit et l'anamnèse, mais surtout par des modifications spéciales de la peau qui est sclérosée au niveau des plaques.

La leucodermie psoriasique, qui s'en distingue par le siège, le mode de distribution, la forme, et les dimensions des taches, correspondant ici aux efflorescences psoriatiques et surtout par l'absence d'hyperpigmentation périphérique.

Les leucoplasies de la vulve, les vergetures, les radiodermites scléreuses, les leucodermies survenant au cours de certaines maladies tropicales.

Enfin la leucodermie spécifique, dont le mode d'apparition a été fort discuté et qui se présente, pour Darier, « comme une marbrure de taches brunes sur une peau intacte ».

Mais il reste encore dans le groupe des vitiligos, des dyschromies qui ont des points communs, mais diffèrent les unes des autres par certains caractères : leur mode d'apparition, leur évolution et surtout leur topographie.

Aussi distinguons-nous, avec notre maître, M. le Dr Touraine, dans le groupe des vitiligos défini par les classiques, deux catégories de dyschromies : le vitiligo proprement dit et les vitiligoïdes.

I. LES ERUPTIONS VITILIGOÏDES

Les vitiligoïdes sont toujours précédées par un processus inflammatoire ou autre, strictement local ; ce sont des troubles locaux, parcellaires, développés au niveau ou tout autour des lésions qui leur ont donné naissance. Ce facteur commande leur topographie souvent unilatérale, toujours dissymétrique, ne présentant alors aucune systématisation.

Un autre caractère les distingue : ils n'ont aucune tendance à l'extension.

Les vitiligoïdes dont l'apparition est en relation avec des dermatoses locales, des traumatismes divers (compressions, frottements, contusions, brûlures) sont très fréquents.

Déjà en 1837, Rayer signalait des dyschromies produites par une compression légère et prolongée comme celle exercée par les pelotes de bandages herniaires. Un grand nombre d'auteurs en ont publié d'autres observations. Nous avons examiné, nous-mêmes, une malade qui présentait une plaque vitiligoïde survenue à la suite d'une brûlure. Cette plaque, de cinq centimètres environ de diamètre, est située tout autour d'une grosse cicatrice ehéloïdienne. La malade nous raconte que la pigmentation commença une vingtaine de jours après l'accident, que la plaque mit quinze jours à se former et que depuis cette époque elle garde les mêmes dimensions.

Cette observation, comme d'ailleurs un grand nombre d'autres, antérieurement publiées, nous montre que les vitiligoïdes développées autour d'une lésion cutanée, après leur constitution définitive, n'ont plus tendance à l'extension.

A la suite d'une éruption de syphilis secondaire on remarque au niveau du siège ancien des syphilides ou à leur pourtour immédiat, une série de troubles de la pigmentation. Ces troubles consistent en une hypochromie pouvant déborder l'aire de chaque élément éruptif et d'une zone hyperpigmentée plus étendue, située tout autour. C'est la leucodermie syphilitique bien connue.

Gaucher a donné une description de la genèse de ce phénomène, en suivant dans toutes ses phases, la disparition d'une papule de syphilis secondaire : autour d'une syphilide se forme un petit anneau blanchâtre ; ensuite lorsque les papules s'affaissent, une macule brune marque leur ancienne place ; au centre de cette macule apparaît un point blanc ; anneau et point blanc se rejoignent, constituant ainsi une tache vitiligoïde autour de laquelle se forme une zone d'hyperpigmentation. Cette tache dépigmentée reste localisée sur l'emplacement même de la lésion initiale, ou dans quelques cas, rares en vérité, déborde légèrement l'aire antérieurement occupée par la syphilide.

Le processus est le même, qu'il s'agisse de syphilides, d'échtyma, de compression, de brûlures, de traumatismes divers.

Il est de règle, donc, que les vitiligoïdes restent localisées sur le point même de la lésion initiale.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Il existe en effet quelques observations, très rares il est vrai, où d'une blessure partaient des taches vitiligoïdes anormalement aberrantes. Ainsi M. le professeur Gougerot a rapporté le cas d'un soldat blessé par un éclat d'obus au-dessus de la crête iliaque gauche. Dix jours après l'accident, apparaît une tache vitiligoïde autour de la blessure. D'autres taches apparurent ensuite progressivement sur les cuisses, les fesses et les organes génitaux. Au bout de quelques semaines, l'extension s'arrêta.

M. le professeur Gougerot pense que le traumatisme a agi, non pas d'une façon purement locale, comme dans les observations que nous avons citées précédemment, mais par une action réflexe d'ordre plus général, comme en retrouve à l'origine d'autres troubles trophiques.

Il fait un rappel, à ce propos, des *nœvi* post-traumatiques, dont il a fait une étude fort intéressante et qu'il est d'avis de rapprocher du cas précédent.

De toute façon, nous insisterons sur le fait que le caractère de diffusion du vitiligo vrai n'a pas existé ici. L'aire de la dyschromie, bien qu'assez étendue s'est en effet rapidement fixée autour du point traumatisé.

En outre, la topographie particulière des vitiligoïdes sera pour nous un élément essentiel de diagnostic. En effet, il découle que les vitiligoïdes auront très généralement un siège unilatéral, à moins que le traumatisme initial n'ait porté sur diverses régions du corps ou que l'on ait eu affaire à une éruption syphilitique généralisée; les syphilides ayant occupé les deux moitiés du corps, les vitiligoïdes qui leur succèdent auraient évidemment une distribution bilatérale. Parfois même, ce sera une efflorescence de taches symétriques, survenant au niveau de syphilides, elles-mêmes anormalement symétriques : disposition extrêmement rare à la vérité.

Pour nous résumer, nous dirons qu'en règle générale les vitiligoïdes ont comme caractères essentiel :

- 1° d'être secondaires à une lésion locale ;
- 2° de n'avoir pas de tendance à l'extension ;
- 3° d'affecter une disposition presque toujours unilatérale, jamais symétrique.

La pathogénie en a été discutée. Le vitiligoïde apparaît à certains auteurs comme une épisode de la cicatrisation. Pour Déjerine, il serait dû à des altérations trophiques des nerfs cutanés du territoire lésionnel.

« On constate, dit-il, sur les préparations histologiques, quelques tubes nerveux, sains et un très grand nombre de gaines vides dans une proportion approximative de cinq à dix pour cent. Nulle part, je n'ai observé de fragmentation de la myéline, de multiplication du noyau, ni constaté de névrite parenchymateuse en voie d'évolution. L'existence de gaines vides implique forcément l'idée d'une névrite parenchymateuse antérieure. De plus, les tubes nerveux subsistant ne présentaient aucune lésion. On a donc affaire à un processus éteint.

Certains cas de vitiligo, continue-t-il, sont des affections d'origine trophique en rapport avec des altérations des nerfs périphériques. »

II. VITILIGO PROPREMENT DIT

De toute autre façon se présente le vitiligo tel que nous l'entendons. Il n'est, lui, jamais précédé de troubles locaux inflammatoires, et c'est justement

cette absence de cause apparente qui étonne ici les malades. Dans quelques cas cependant, on peut observer au niveau des plaques de vitiligo, des troubles de la sensibilité, qui plaident en faveur de l'origine nerveuse de cette dyschromie, origine admise d'ailleurs par la plupart des dermatologistes.

« Ces troubles de la sensibilité ne sont pas rares », dit Thibierge. C'est ainsi que Koenigstein nous apporte les observations de cinq malades, chez lesquels il avait constaté une hypersensibilité des territoires pigmentés avec sensibilité normale des zones dépigmentées.

Nous citons (obs. 11-7), le cas de deux malades dont l'un présentait du prurit, l'autre de l'hypoesthésie très marquée au niveau des plaques hypopigmentées.

Pour M. Milian, tous les cas de vitiligo seraient secondaires à des syphilides érythémateuses tertiaires, en nappe, passées le plus souvent inaperçues.

« Lorsqu'on a la chance, dit-il, de surprendre le vitiligo au début de son évolution, ou à l'avènement d'une plaque nouvelle, on constate que la leucodermie est précédée d'une lésion érythémateuse en nappe, analogue à certaines léprides. Ces lésions érythémateuses sont d'ailleurs très légères et passent souvent inaperçues du malade. »

Mais cette théorie est combattue par de nombreux dermatologistes, dont la plupart disent n'avoir jamais observé d'érythème précédant le vitiligo et nient son existence.

Il est certain, qu'il existe des leucodermies au niveau des éruptions de syphilides : nous les avons rangées dans la classe des vitiligoïdes. Mais, il y a des leucodermies primitives et nous n'avons jamais remarqué sur des malades porteurs de vitiligo en évolution cet erythème fugace dont parle M. Milian. Chez un malade du service de notre maître, le D^r Touraine, nous avons assisté à l'extension de plaques de vitiligo déjà existantes et à l'apparition de nouvelles taches. Jamais chez cette femme, que nous examinions très fréquemment, nous n'avons constaté d'éruption erythémateuse sur des régions qui devenaient quelques jours plus tard le siège de vitiligo.

Le mode d'apparition du vitiligo, son évolution, sa tendance à l'extension sont parmi les caractères les plus importants de cette dyschromie.

Il arrive parfois que le vitiligo apparaisse brusquement. Certains auteurs ont publié des cas de vitiligo constitués en 24 heures. Nous rapportons nous-mêmes l'observation d'un homme qui se réveilla un beau matin avec une tache dyschromique couvrant une moitié de la lèvre supérieure. A son niveau, les poils de la moustache étaient décolorés à leur naissance. Il n'y avait rien d'anormal la veille. La moustache devenait entièrement blanche 24 heures après.

Mais dans la plupart des cas l'évolution en est plus insidieuse. C'est le fait le plus courant. Le début est alors marqué par l'apparition de petits territoires arrondis ou ovalaires, à peine plus clairs que la peau

environnante. La coloration s'accroît ensuite et parfois les taches, gagnant en surface, confluent pour former de larges placards dépigmentés, irréguliers, à contours déchiquetés en carte de géographie.

Nous avons essayé de faire préciser les détails de ces étapes successives dans l'observation (8) que nous rapportons. La mère de la jeune malade, dont nous nous sommes occupés, nous raconta qu'elle remarqua, un jour, sur la nuque de sa fille, un grand nombre de petits éléments clairs ; « la peau en était saupoudrée, comme avec de la farine », nous a-t-elle dit. Ces petits grains blancs en s'étalant et se fusionnant ont constitué au bout d'un mois des taches de vitiligo typique.

Cependant l'évolution de la plaque de vitiligo n'est pas toujours aussi régulièrement progressive que nous l'indiquons. Témoin l'observation (11). Il s'agissait ici d'un vitiligo de la verge apparu depuis 13 ans et constitué en 15 jours. Cette tache resta fixée dans ses dimensions depuis cette époque, sans que rien d'anormal ne soit apparu à son niveau. Mais, il y a deux mois, brusquement, de nouveaux éléments apparurent au niveau du scrotum, où ils s'étendirent en nappe irrégulière. Nous voyons donc dans cette observation une véritable évolution en deux poussées séparées par un espace de treize ans.

L'extension du vitiligo ne reste pas toujours fixée dans un espace restreint. Il existe des cas de vitiligo généralisé où l'extension est tellement importante

qu'elle en arrive à occuper une très grande partie des territoires cutanés. Dans cette forme, ce n'est pas la décoloration qui tranche sur la peau environnante, mais bien l'hyperpigmentation. De sorte qu'à un examen peu attentif, les zones hypopigmentées paraîtraient constituer la peau saine, alors que seules les parties colorées paraîtraient pathologiques. Tel se présente le malade de l'observation (10). Son vitiligo débuta au niveau de la lèvre supérieure et s'étendit progressivement au cou, aux membres supérieurs et peu à peu à toute la moitié supérieure du corps, à partir d'une horizontale passant au niveau du rebord costal. Toute cette région est décolorée, sauf quelques points de la partie antérieure du cou, du thorax, des membres supérieurs, le front, les joues, qui sont fortement pigmentés.

Il faut dire que l'on voit assez rarement le vitiligo aussi étendu. Cependant, il convient d'insister sur ce fait, que dans toutes ses modalités, le vitiligo apparaît comme une dyschromie à tendance essentiellement évolutive et extensive, caractères qui le distinguent assez aisément des vitiligoïdes dont la topographie et l'étendue sont liées étroitement à la cause qui leur a donné naissance et qui n'ont de ce fait aucune individualité propre.

TOPOGRAPHIE

La topographie du vitiligo est tout à fait caractéristique et permet de différencier cette dyschromie des vitiligoïdes.

En effet, alors que ces dernières sont des dyschromies locales, intéressant un territoire quelconque des téguments, souvent unilatérales, toujours asymétriques, le vitiligo, lui, est bilatéral et symétrique : c'est là un fait admis par de nombreux auteurs.

La symétrie, dans certains cas, est parfaite. Citons quelques exemples frappants et d'abord l'observation rapportée en 1926 par Michon et Simon à la Société de Dermatologie. Il s'agissait d'un ancien colonial, âgé de 66 ans, qui présentait depuis l'âge de 22 ans des taches étendues de vitiligo, dont le caractère le plus frappant était la parfaite symétrie. Sur les joues, le dos, se trouvaient de grandes plaques en forme d'ailes de chauve-souris, remarquablement symétriques. Sur la nuque, on observait une plaque ressemblant au dessin d'une apophyse vertébrale et exactement reproduite de l'autre côté.

Nous publions dans cette thèse les observations de plusieurs malades porteurs, de part et d'autre de la ligne médiane, de plaques géométriquement super-

posables. Non seulement leurs dimensions sont égales à droite et à gauche, mais les sinuosités des contours sont elles-mêmes d'une similitude parfaite : mêmes saillies, mêmes dépressions dans les taches correspondantes.

La symétrie n'est pas toujours aussi rigoureuse ; les contours sont généralement un peu différents, leurs dimensions aussi, mais les taches siègent toujours dans des régions symétriques du corps.

La topographie du vitiligo a un autre caractère particulier qui mérite d'être étudié avec soin : c'est sa distribution le long des zones d'innervation des racines rachidiennes.

Pour mettre ce caractère en relief et reprenant à ce propos les arguments donnés par notre maître, le Dr Touraine, nous nous occuperons d'abord du vitiligo du cou et des organes génitaux.

Au niveau du cou, le territoire nerveux de la quatrième racine cervicale est nettement distinct de celui de la troisième. La troisième racine innerve en effet la face antérieure du cou entre les deux muscles sterno-cléido-mastoïdien ; la quatrième : la nuque, la région sus-claviculaire, les épaules. Il est remarquable de voir un vitiligo de cette région occuper rigoureusement l'une ou l'autre de ces zones, en s'arrêtant exactement à ses confins et donnant ainsi une véritable *illustration en couleur de la topographie nerveuse*.

Pour les organes génitaux, le fait est encore plus démonstratif : on sait que l'innervation cutanée de la

verge et du scrotum est sous la dépendance des troisième, quatrième et cinquième racines sacrées, tandis que celle des régions avoisinantes (région sus-pubienne, face antero-interne de la cuisse) dépendent des racines lombaires (L^1 L^2).

Alors qu'au cou deux racines voisines se distribuaient à des territoires différents, ici, pour une même région, l'on trouve des racines nettement distinctes. Il est fréquent de voir un vitiligo sur la verge et le scrotum, ne pas empiéter sur la surface interne des cuisses et la région sus-pubienne ; la réciproque se vérifie de la même façon.

Pour les autres régions, la délimitation des zones d'innervation est moins précise, d'où il s'ensuit que la topographie radiculaire du vitiligo paraît moins nette.

Les expériences de Scherrington ont montré, en effet, qu'un territoire cutané dépend de trois racines consécutives. Le schéma d'Head montre au niveau des membres et surtout du tronc, les territoires d'innervation, constituant une série de bandes transversales qui se superposent comme les racines qui les gouvernent. Chaque territoire outre une racine principale, reçoit des ramifications nerveuses venant des racines sus et sous-jacentes. On comprend combien il est difficile en ce cas de trouver une topographie radiculaire d'un vitiligo qui empiète sur deux zones voisines.

C'est à cause de cette particularité que nombre d'auteurs méconnaissent la topographie radiculaire du vitiligo ; d'autres, l'ayant remarquée, mais ne la re-

trouvant pas dans tous les cas en firent un caractère d'importance secondaire.

« Le vitiligo, dit Brissaud, présente quelquefois une topographie conforme à la systématisation métamérique spinale ; on pourra remarquer, de temps en temps, une certaine disposition des taches, qui feront supposer l'action à distance des étages métamériques spinaux. » Cet auteur ne croit pas cependant que cette disposition métamérique soit un caractère essentiel car « il trouve souvent le vitiligo dépassant, soit en haut, soit en bas, la frontière des troncs métamériques ».

Peu d'auteurs ont vu dans la localisation du vitiligo une influence radiculaire. Nous citerons cependant quelques observations, que nous avons pu trouver dans la littérature et qui confirment pleinement l'idée que nous soulevons.

Blaschko et Descabello, en 1901, publient les observations de quelques malades, auxquels ils trouvèrent une topographie radiculaire du vitiligo.

F. Pinkus, dans la « Dermatologische Zeitschrift », en 1903, publie une observation d'un jeune homme, chez lequel il admet une cause nerveuse du vitiligo, à cause de sa topographie radiculaire qui correspond d'après le schéma d'Head aux parties médianes des territoires cutanés des troisième et quatrième segments cervicaux.

Mlle Grunspan, dans sa thèse, a publié une observation personnelle, que nous reproduisons, où elle

décrit une localisation métamérique des taches. Il s'agissait d'un malade présentant un large placard hyperpigmenté, en caleçon de bain, qui commençait au-dessous de l'ombilic, revêtait la peau des fesses, de l'abdomen, descendait sur la région inguinale et s'arrêtait au niveau du tiers supérieur des cuisses. Sur cette zone, de teinte café au lait, se détachait nettement des taches claires affectant la disposition métamérique.

Jadassohn, en 1910, a mentionné un cas de vitiligo systématisé de la région hypogastrique.

Souques, Koenigstein assignent eux-aussi une topographie métamérique au vitiligo.

Cette opinion va se confirmer de plus en plus. En 1918, M. le D^r Touraine insiste sur cette question : « Si on relève avec soin, dit-il, les schémas cutanés des placards du vitiligo, on y retrouve, assez souvent, des groupements qui correspondent au territoire d'une racine rachidienne ou d'un groupe de racines voisines ». Et Bralez, dans une thèse de la même époque, inspirée par le D^r Touraine, expose cette théorie dans tous ses détails.

Plus près de nous, en 1923, M. M. Klippel et M. P. Weil estiment que « la plupart des vitiligos ont une topographie radiculo-métamérique ». Dans des cas rares, où la topographie des taches ne correspond pas exactement au territoire d'une racine, ils admettent une lésion des fibres commissurales de la moelle.

Ils publient les observations de trois malades présentant des taches de vitiligo à topographie radicaire.

I. Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 46 ans, qui présente un vitiligo, bilatéral et symétrique, constitué par de larges placards symétriques transversalement, allongés selon le territoire de D⁹ et des placards moins étendus, transversalement disposés, au niveau de D¹⁰ et D¹¹.

II. Dans la deuxième, il s'agit d'une femme de 41 ans qui présente un vitiligo, bilatéral et symétrique, constitué par :

a) Par de larges placards transversalement situés sur la paroi antéro-latérale de la région thoraco-abdominale, au niveau du territoire cutané de D⁸, D⁹,

b) Par de petites taches distribuées transversalement en D¹⁰-D¹¹ -

c) Par de petits éléments situés au niveau des membres inférieurs, à grand axe vertical et selon L¹-L²-L³-L⁴.

III. Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme de 60 ans, qui présente un vitiligo bilatéral et symétrique situé au niveau de la région thoracique antérieure et postérieure et constitué par des placards transversalement allongés, siégeant sur le territoire de C² et C⁴.

Nous mêmes, dans le service du D^r Touraine, avons réuni un certain nombre d'observations de vitiligo, caractérisés par leur bilatéralité et leur symétrie.

Cette symétrie, nous l'avons déjà dit, est très nette en général : les éléments vitiligineux d'une moitié du corps ressemblant exactement à ceux de l'autre moitié, les dentelures même étant souvent rigoureusement superposables.

Toutefois, dans un certain nombre de cas, cette similitude, exacte dans l'ensemble, était altérée par la présence d'un ou plusieurs éléments disparates, parfois même par la présence d'une plaque qui n'avait pas sa correspondante sur le côté opposé.

Ces exceptions sont plus apparentes que réelles et leur explication nous est fournie par l'étude de l'évolution du vitiligo :

L'apparition de plaques correspondantes n'est pas toujours simultanée. Un élément peut être apparu, d'un côté, alors que le côté opposé peut être encore indemne. On aura dans ce cas une plaque impaire. Il peut arriver encore, que l'homologue de cette plaque soit apparue, mais qu'elle se trouve à un stade d'évolution moins avancé que la première ; il en résulte une différence de dimensions et de forme (obs. 2 et 11).

L'asymétrie peut s'observer dans des vitiligos, non encore fixés. Mais, ils ne s'observent jamais dans ceux qui sont définitivement constitués. Dans ces cas, de vitiligo fixé, nous observons des différences de détail, dans la sinuosité périphérique des plaques, qui peuvent s'expliquer par une différence dans la répartition terminale des fibres nerveuses des deux côtés.

En outre, l'étude systématique et méthodique de la topographie du vitiligo montre que dans les cas typiques, tout au moins, les plaques sont réparties dans des zones correspondantes à des territoires radiculaires.

Dans les cas (obs. 10) où la dyschromie occupe une superficie très étendue du corps, il nous a été difficile de mettre en évidence cette topographie radiculaire ; mais nous avons pu la mettre en évidence pour les zones saines, ce qui revient au même.

Il est des cas où cette distribution est évidente : au niveau de la région cervicale et la région ano-rectale. Ainsi nous observons fréquemment l'atteinte du territoire de C^1 , à l'exclusion des territoires contigus de C^2 et C^3 qui sont indemnes (obs. 1, 4, 6, 9).

Plus démonstrative encore est l'observation (1). Une plaque de vitiligo recouvre sur toute son étendue le territoire de C^1 et sa limite correspond exactement avec celle du territoire de la racine lésée.

Les observations de vitiligo ano-génitaux sont nombreuses, et dans ces cas la distribution topographique radiculaire est facile à mettre en évidence.

On note le plus souvent dans la région ano-rectale une atteinte correspondant aux racines sacrées, alors que les régions avoisinantes, sous la dépendance nerveuse de L^1 L^2 sont restées intactes (obs. 3, 6, 8, 9 et 11).

Quelquefois, c'est l'inverse qui s'observe : atteinte des territoires correspondant aux premières ra-

cines lombaires (face antero-interne des cuisses, région inguino-pubienne), avec intégrité de la région génitale (obs. 7 et 2).

Dans aucun cas, nous ne trouvons de plaque qui s'étend des organes génitaux aux régions avoisinantes.

L'observation (n° 2) est particulièrement intéressante et démonstrative : outre ceux qui siègent sur le territoire de C⁴, il existe des éléments vitiligineux dans la région scapulaire et au niveau de la face dorsale des mains ; territoires éloignés, à la vérité, mais répondant, tous deux, à une seule et même racine C⁸. La topographie radiculaire est là encore évidente.

THEORIE RADICULAIRE

En présence de ces faits, on a été logiquement conduit à penser que le vitiligo résultait d'une atteinte des racines rachidiennes. L'hypothèse la plus plausible est celle d'une atteinte des racines postérieures. Certains auteurs, parmi lesquels notre maître, le D^r Tournaine, ont défendu cette hypothèse et montré que le vitiligo était sous la dépendance vraisemblable d'une radiculite postérieure.

En faveur de cette théorie, un argument est invoqué, qui nous paraît d'une importance considérable : l'existence des troubles sensitifs, précédant quelquefois l'apparition des plaques et persistant à leur niveau lorsqu'elles sont apparues. Ces troubles ne peuvent s'expliquer que par l'atteinte des racines postérieures.

Nous avons déjà signalé leur existence et les avons retrouvés chez deux malades parmi les onze que nous avons examinés.

L'un d'eux se plaignait d'un prurit intense dont le début coïncidait avec l'apparition de la plaque vitiligineuse, et dont le siège était strictement localisé à la zone hypopigmentée (obs. 11).

Le second (obs. 7) présentait une hypoesthésie très marquée des territoires occupés par les taches. La sensibilité redevenait brusquement normale aux confins de la zone hypopigmentée, à tel point qu'on pouvait reconstituer exactement les limites des plaques en exerçant à partir de leurs centres, vers la périphérie, des pressions successives à l'aide d'une aiguille.

M. le Dr Touraine, dans un article publié en 1918 dans *Paris-médical* donne en faveur de l'étiologie radriculaire du vitiligo une argumentation serrée que nous ne ferons que commenter.

Pour lui, le vitiligo est, dans la plupart des cas, associé à la syphilis. En effet depuis que Bazin, en 1862, signala, dans ses leçons, la fréquence de cette association, les observations de malades affectés à la fois de syphilis et de vitiligo deviennent de plus en plus nombreuses.

Zelaniff, en 1914, paraît être le premier auteur qui ait établi des statistiques à ce sujet. Se basant uniquement sur les résultats de la réaction de Wasserman, il trouva une proportion de 42 pour 100 de vitiligineux syphilitiques.

En 1918, les médecins des trois centres de dermatologie syphiligraphie militaires, français, belge et anglais firent des recherches sur les relations du vitiligo et la syphilis. Leurs recherches portèrent sur 55 cas, dont 5 furent éliminés d'emblée, comme n'étant pas absolument typiques. Les résultats furent

les suivants : sur 50 malades, 20 étaient devenus porteurs de plaques de vitiligo après l'âge de 20 ans ; 12 d'entre eux, soit une proportion de 60 %, étaient affectés d'une syphilis certaine.

Sur les 30 cas de vitiligo apparus avant l'âge de 20 ans, la réaction de Wasserman se montre 6 fois positive dans le sang. La même réaction fut pratiquée avec le liquide cephalo-rachidien de 8 malades. Elle se montra positive 5 fois, c'est-à-dire dans une proportion de 62,5 %.

Sur 121 observations de vitiligo recueillies par M. le Docteur Touraine en 1917, 99 mettaient en évidence une syphilis antérieure à l'apparition de la dermatose, établissant par là, que celle-ci apparaît 81 fois sur cent chez des syphilitiques.

Des recherches effectuées depuis, par de nombreux dermatologistes, tendent à prouver que cette proportion, loin d'être exagérée, est peut-être au-dessous de la réalité.

Il semble donc établi que le vitiligo est presque toujours l'apanage des syphilitiques.

Ceci constitue un argument important en faveur de la théorie radiculaire du vitiligo, car on sait avec quelle affinité particulière la syphilis frappe le système nerveux central.

Aussi trouve-t-on, très souvent, le vitiligo associé à des troubles de ce système, le tabes en particulier, où il apparaît souvent à la période pré-tabétique.

Depuis longtemps Thibierge (1892) avait remarqué ce fait et déclara que « le vitiglio est une dermatose indicatrice et révélatrice du tabes, car il se montre souvent à la période pré-tabétique ». De nombreuses observations en ont été publiées dans la suite, notamment celles de P. Marie et Guillaïn, qui, sur 6 vitiligineux examinés, ont trouvé chez 4 d'entre eux des symptômes tabétiques.

L'apparition du vitiligo se produit très souvent, aussi, au cours des deux premières années de la syphilis, principalement dans les 3^e et 4^e mois de la maladie, c'est-à-dire à la deuxième période.

Les observations en sont nombreuses et nous-même publions celle d'un malade chez lequel le vitiligo est apparu deux mois et demi après un chancre syphilitique.

Mais nous savons, depuis les travaux de Ravaud, de Jeanselme et son école, que la deuxième période de la syphilis, est, avec la période pré-tabétique, l'époque d'élection des réactions méningées. D'après ces auteurs, la réaction méningée serait nulle dans le premier mois, très prononcée au cours des troisième et quatrième mois, peu importante à partir du 5^e jusqu'au 18^e. Elle redeviendrait nulle dans les années suivantes et ne reparaitrait qu'au moment de la période pré-tabétique, pour y acquérir une intensité très forte.

Nous allons donc voir le vitiligo apparaître au cours des méningites syphilitiques, tantôt au cours

d'une méningite avérée, tantôt au cours d'une méningite latente que le vitiligo nous fera soupçonner et dont l'examen du liquide céphalo-rachidien pourra nous confirmer l'existence.

Ainsi le vitiligo serait lié à une réaction méningée et ce fait expliquerait certains symptômes, signalés par les médecins, au cours de cette dermatose : céphalée persistante, état de nervosité spécial, douleurs à forme rhumatoïde d'origine radiculaire, vivacité des réflexes tendineux, pouvant aller jusqu'au clonus.

Frappés par ces symptômes, chez les porteurs de vitiligo, certains médecins pratiquèrent des ponctions lombaires et l'examen du liquide céphalo-rachidien décela souvent une réaction méningée.

C'est ainsi que Thibierge et Ravaut, en 1902, en publièrent 2 cas; en 1914 Delacour, 2 cas; Guillain et Laroche 3 cas.

C'est à Touraine que revient d'avoir montré la fréquence, jusqu'alors insoupçonnée, des réactions méningées, au cours du vitiligo. Sur 9 malades affectés de cette dermatose, 8 avaient un liquide céphalo-rachidien anormal; une lymphocytose très marquée dans six cas, un peu moins marquée dans les deux autres.

Quelque temps après, les médecins des trois centres militaires de dermato-syphiligraphie, obtinrent les mêmes résultats chez cinq malades sur huit examinés à ce sujet.

Dans les cas où la réaction méningée ne peut être mise en évidence, il s'agit de vitiligo fixé, non évolutif. Il y a analogie complète avec le tabes, au cours duquel, on ne trouve de réaction méningée, que lorsqu'il est évolutif.

Pour Touraine, le vitiligo serait un trouble trophique lié à une radiculide. Une lésion des racines, surtout au niveau du ganglion spinal serait capable de donner des troubles trophiques.

Or les lésions des racines, ou du ganglion spinal, sont très fréquentes dans les méningites (Cl. Vincent). Elles s'expliquent par les rapports anatomiques des racines et des méninges, surtout au niveau du renflement cervical et lombaire et du plexus sacré.

Dans leur segment extra-méningé, les racines sont entourées d'une gaine fibreuse commune, issue de la dure-mère. Elles sont également accompagnées, à l'intérieur de cette gaine durale, par un prolongement de l'espace sous-arachnoïdien, prolongement en forme de cul-de-sac, dans lequel pénètre le liquide l'âge, suivant la région, suivant qu'on envisage la racine antérieure ou la racine postérieure (Nageotte et cephalo-rachidien et dont la profondeur varie suivant Sicard). Le cul-de-sac sous-arachnoïdien est plus accusé, chez l'enfant que chez l'adulte. Il est en outre plus profond à la région cervicale et lombaire qu'à la région dorsale ; enfin, ils descendent beaucoup plus bas sur la racine postérieure que sur la racine antérieure, atteignant même, dans la région lombaire et cervicale, le ganglion spinal.

Cette disposition nous explique la fréquence, la constance même des radiculites observées au cours des méningites quelle qu'en soit la nature. C'est qu'en effet, chez les sujets qui présentent une inflammation des méninges, les lymphocytes contenus dans le liquide céphalo-rachidien viennent s'accumuler dans le cul-desac sous-arachnoïdien, péri-radiculaire et provoquer, là, par leur présence, des lésions dégénératives des fibres nerveuses. On peut même voir, lorsque la méningite dure longtemps, dans le cas de méningite syphilitique, se former, aux lieu et place du cul-de-sac, une véritable virole cicatricielle qui étouffe la racine postérieure et la détruit. Cette lésion, découverte par Nageotte et décrite par lui sous le nom de « névríte transverse », jouerait un rôle considérable dans la pathogénie du tabes.

Les Racines sacrées sont, comme les racines lombaires et cervicales, entourées d'un cul-de-sac sous-arachnoïdien ; il s'agit à ce niveau d'une vaste poche désignée sous le nom de lac « spino-terminal ».

Cette disposition des culs-de-sac, au niveau des plexus sacré, lombaire et cervical, au niveau desquels les lésions radiculaires sont si fréquentes au cours des méningites, expliquerait très bien la topographie des troubles observés, soit dans le tabes, soit dans le vitiligo.

Nous savons que pour le tabes, les troubles sont le plus souvent localisés au niveau des membres et du petit bassin. Le vitiligo, de son côté, est, nous l'avons

déjà dit, particulièrement fréquent au niveau du cou, des membres, de la région ano-génitale.

En outre cette conception du vitiligo, qui consiste à le considérer comme une radiculite trophique, trouve encore un argument en sa faveur, dans la topographie que nous avons déjà trouvée.

THEORIE SYMPATHIQUE

Si la méningo-radiculite, que nous avons essayé de mettre à la base de la topographie du vitiligo peut être capable d'expliquer cette topographie, elle n'explique certainement pas le trouble de la pigmentation, qui est le caractère essentiel de cette dermatose.

Le Sympathique joue un rôle tellement grand dans les maladies qui s'accompagnent d'hyperchromie, que l'on a été tout naturellement amené à le considérer comme un facteur important dans le genèse de cette affection.

Cette action du sympathique est indubitable. Elle s'appuie sur des expériences de physiologie assez anciennes et trouve sa confirmation dans nombre de cas classiques.

Vulpian, déjà, avait montré le changement de couleur d'une grenouille après arrachement du ganglion cervical ; de même Schiff et Legros, opérant sur des coqs et des dindons, constatèrent un trouble net dans la coloration de la crête et de l'appendice jugulaire.

Circanovitch a pu produire chez l'animal la pigmentation de l'oreille, après section du sympathique cervical.

En clinique, on retrouve parfois le vitiligo, associé à d'autres troubles pigmentaires d'origine sympathique.

Laignel-Lavastine insiste sur ce fait et publie l'observation d'un malade présentant une maladie d'Addison, ainsi qu'un vitiligo étendu.

Le vitiligo de la grossesse en est un autre exemple.

Il apparaît au milieu des autres signes que l'on a appelé sympathiques, c'est le « vitiligo gravidique » de certains auteurs.

Il est fréquent de le rencontrer au cours de la puberté, associé à des pigmentations dont Sézary a montré l'origine endocrinienne-sympathique. Et le fait seul d'apparaître chez des sujets dont le sympathique a un fonctionnement déjà quelque peu anormal, plaide en faveur de cette théorie.

La perturbation du système sympathique est un fait connu de tous, au cours de la maladie de Basedow; on lui attribue entre autres symptômes : l'exophtalmie, la tachycardie, les troubles vaso-moteurs. Or, les basedowiens présentent de l'hyperpigmentation des paupières, constituant le signe classique de Jéllineck et on a relevé chez ces malades une proportion de dix pour cent de vitiligo. Cette coexistence de troubles, que l'on tend à attribuer à une cause commune, n'est sûrement pas un fait du hasard et il semble assez logique de les regarder comme dépendant, en effet, d'une même cause.

La pelade, la sclérodermie, ou le facteur sympathique a été démontré, coexistent aussi avec le vitiligo.

Il est facile d'ailleurs de mettre en évidence l'atteinte du sympathique, grâce aux tests habituels.

Certains auteurs ont signalé des troubles vasomoteurs, au niveau et autour des plaques de vitiligo ; d'autres, une sudation fréquente à leur niveau.

Le réflexe oculo-cardiaque, recherché systématiquement chez tous ces malades, se trouve très souvent inversé.

Il est enfin une épreuve, mise en lumière par M. Levy, à propos du vitiligo : c'est l'abolition du réflexe pilo-moteur, au niveau des taches hypochromiques.

M. Levy présenta, à ce propos, à la Société de dermatologie, une malade dont nous rapportons l'observation. Le phénomène de la chair de poule manquait où paraissait à peine au niveau des zones décolorées, alors qu'il était accentué au niveau du pourtour hyperpigmenté. Une injection de pilocarpine fut ensuite pratiquée par cet auteur, occasionnant une sudation abondante des mains, des jambes et des pieds. Aucune hyperhydrose ne fut décelée au niveau de la dyschromie.

Nous avons dit que le réflexe pilo-moteur était très vif sur la zone hyperpigmentée, alors qu'il était presque nul sur la plaque de vitiligo. Or, il put prouver que cette absence de réflexe n'était pas due à la disparition des fibres locales pilomotrices, mais bien

à leur défaut d'excitation. En effet, après une injection d'adrénaline, en pleine zone achromique, le réflexe apparut dans toute sa netteté.

L'adrénaline augmentait de la même façon le réflexe déjà normal à la périphérie.

En somme, expériences physiologiques, faits cliniques, tests biologiques, tout concorde pour affirmer le rôle certain du sympathique dans l'affection cutanée dont nous nous occupons.

ESSAI DE PATHOGENIE RADICULO-SYMPATHIQUE

* En somme, devant toutes les opinions pathogéniques que nous avons rapportées, on pourrait penser à des liaisons très disparates du système nerveux : lésions des racines, lésions des méninges, lésions du sympathique. Oui, si l'on ne voit la question que sous un angle limité, non, si on la considère dans son ensemble.

Il est facile, en effet, de trouver le point de départ de ces altérations, en se basant rigoureusement sur les seules données cliniques.

Qu'avons-nous constaté, chez nos vitiligneux ? D'abord et surtout qu'ils étaient pour la plupart des syphilitiques. Et, nous gardant d'oublier cette notion primordiale, nous avons vu chez eux un vitiligo apparaître, soit à la période secondaire, soit à la période prétabétique. Or, ce sont là justement les périodes où la syphilis en évolution s'accompagne des réactions méningées.

A la période secondaire, en effet, la méningite se révèle ou par des signes cliniques et particulièrement la céphalée si caractéristique, ou uniquement

par des altérations du liquide céphalo-rachidien, que seules des ponctions lombaires peuvent révéler

Nous avons insisté de même sur les travaux de M. le Professeur Jeanselme sur les réactions méningées de la période pré-tabetique.

Cette méningite syphilitique étant le plus fréquemment associée à l'apparition du vitiligo, c'est elle que nous avons cru pouvoir placer à la base de notre conception pathogénique.

Partant de cette idée, les observations, en apparence les plus diverses, semblent venir se grouper d'elles-mêmes, comme les parties différentes d'un harmonieux ensemble.

La méningite, en effet, crée la radiculite, surtout la radiculite postérieure ; et cela parce qu'à ce niveau le cul-de-sac arachnoïdien est plus profond, ce qui entraîne une circulation ralentie du liquide céphalo-rachidien et une sédimentation des corps en suspension (globules rouges, globules blancs, micro-organismes et leurs produits figurés de cyto-bactériolyse).

Dans cette racine postérieure, la partie lésée est tout naturellement la partie intra-méningée pré-ganglionnaire, que Sicard a appelée « nerf conjugué spinal » et Nageotte « nerf radiculaire ».

Or, ce nerf radiculaire de Nageotte contient des filets sympathiques, qui contribueront, au niveau des trous rachidiens, à la formation des rami-communicantes.

La lésion de la partie postérieure du nerf radiculaire pourra ainsi expliquer, à la fois, la topographie du vitiligo suivant le territoire des racines et les altérations associées du système sympathique.

Nous pourrions encore trouver dans ce fait l'explication de la plus grande fréquence du vitiligo dans les zones radiculaires voisines des renflements cervical, dorsal et sacré, où, en raison même du renflement médullaire, la circulation du liquide céphalo-rachidien se ralentit dans un espace méningé, pour ainsi dire, laminé.

Poussant plus loin notre investigation anatomique, nous pourrions remarquer enfin, que les fascicules de la racine postérieure, après leur dégagement du ganglion, sont individuellement entourés de culs-de-sac arachnoïdiens variables dans leur profondeur, d'où possibilité de radiculites parcellaires par atteinte isolée, d'un ou plusieurs fascicules et, partant, l'explication de la topographie d'un vitiligo dans une zone très limitée, au milieu du territoire d'une racine, fait d'ailleurs trouvé à l'origine d'un zona limité ou d'un mal perforant plantaire dans le tabes.

Nous nous sommes ainsi permis d'élaborer une pathogénie. Contient-elle la vérité ? Nous n'avons aucun argument anatomo-pathologique certain, si ce n'est les réactions du liquide céphalo-rachidien. Cependant, elle nous a séduit, parce qu'elle satisfait à peu près à toutes les exigences de notre esprit. Elle explique, en effet : l'association du vitiligo à la

syphilis, l'association à une méningite, l'association au tabes, la coexistence avec le vitiligo de manifestations d'ordre sympathique ; Basedow, sclérodermie, en remarquant toutefois que ces deux grands syndromes ont été envisagés par beaucoup et dans un grand nombre de cas, comme fréquents chez des syphilitiques (Jeanselme et Touraine).

Elle explique, enfin, par la notion de radiculite parcellaire, la localisation d'une plaque de vitiligo isolée.

CONCLUSIONS

I. Dans le groupe des vitiligos, tel qu'il est compris par les classiques, nous distinguons des éruptions vitiligoïdes et le vitiligo vrai.

A) Les vitiligoïdes sont des dyschromies :

1° consécutives à une dermatose locale ;

2° non extensibles ;

3° presque toujours unilatérales ; jamais symétriques.

B) Le vitiligo au contraire :

1° n'est pas précédé d'un processus local ;

2° est extensif ;

3° est bilatéral et symétrique.

II. Le vitiligo a une topographie radiculaire surtout nette au niveau du cou et de la région ano-génitale.

III. La topographie radiculaire du vitiligo peut s'expliquer par l'atteinte des racines postérieures. En faveur de cette théorie plaident :

1° Les troubles sensitifs observés au niveau des plaques ;

2° L'association fréquente avec des signes de la série tabétique ;

3° La fréquence des réactions méningées.

IV. Le trouble de la pigmentation pourrait s'expliquer par des troubles fonctionnels du système sympathique.

V. Nous pensons que la double opinion qui fait du vitiligo, tantôt un trouble d'origine sympathique, tantôt une manifestation d'origine radiculaire, peut trouver une explication univoque :

Le siège des lésions originelles résiderait dans une méningo-radiculite, qui s'étendrait aux fibres du système sympathique périphérique par l'intermédiaire des rameaux communicants.

OBSERVATIONS

Obs. 1 (personnelle). — La malade R. B., âgée de 19 ans, examinée à la consultation de dermatologie du Dr Touraine, à l'Hôpital Broca, présente, outre un érythème syphilitique secundo-tertiaire des jambes, un vitiligo du cou à topographie bilatérale et symétrique.

On note une large plaque hypopigmentée enserrant le cou bilatéralement, réunie à celle du côté opposé en avant, remontant en arrière vers la mastoïde et séparée en arrière de l'opposé par un espace non dépigmenté. Cette plaque, en forme de bande, est toute entière comprise dans la zone d'innervation de C⁴, alors que les territoires de C² et C³ sont entièrement respectés.

Au niveau des épines scapulaires, on note deux plaques symétriques, larges comme la paume de la main et descendant, en bas, jusqu'à la limite du territoire de C⁵, si bien qu'en arrière, les plaques recouvrent la zone de C⁴ en entier, à l'exception de quelques intervalles de peau hyperpigmentée.

La topographie de ce vitiligo, particulièrement intéressante, est donc superposable à la zone de distribution nerveuse de C⁴, qu'elle recouvre presque entièrement en arrière, et en grande partie en avant respectant absolument les territoires des racines voisines, à savoir C³, C² et C⁵.

La sensibilité des plaques est normale.

Quant à l'éruption syphilitique que la malade présente, il s'agit d'un érythème circiné, non infiltré, du creux poplité et de la face interne des jambes. La réaction de E. W. pratiquée s'est

montrée largement positive. L'accident primaire de la syphilis est passé inaperçu. La malade présente quelques troubles dystrophiques congénitaux : troubles d'implantation dentaire, irrégularité, stries trasversales ; de nombreux naevi.

On ne trouve rien dans les antécédents.

Elle a trois sœurs et un frère, tous bien portants et normalement constitués. Ses parents sont vivants et en parfaite santé.

OBS. II (personnelle). — La malade G. C., âgée de 21 ans, sans profession, est hospitalisée dans le service du Dr Tourainé, à l'Hôpital Broca, pour accident de syphilis secondaire. Elle présente un vitiligo apparu vers l'âge de 14 ans et sans rapport avec les accidents syphilitiques actuels.

Ce vitiligo, bilatéral et présentant seulement quelques éléments strictement symétriques, s'étend surtout dans la région cervicale.

On note une large plaque, au niveau de la nuque, hypopigmentée et symétrique, occupant la zone supérieure d'innervation de la quatrième racine cervicale, n'empiétant pas sur les territoires nerveux, de C³ latéralement, de C² en haut, mais s'arrêtant juste à leur limite. Dans le territoire de C⁴, on note un autre élément, unilatéral occupant la région sus-claviculaire.

Enfin, au niveau de la pointe de l'omoplate droite, on note deux éléments unilatéraux qui répondent à C⁸ et D¹ ; en outre, sur la face dorsale des mains, on trouve des éléments bilatéraux répondant, eux aussi, à la huitième racine cervicale.

De plus, quelques éléments de vitiligo bilatéraux, répondant aux dernières racines dorsales, sont trouvés au niveau des fosses iliaques.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité au niveau des plaques. Nous avons déjà dit que la malade présentait des accidents de syphilis secondaire, alors que l'accident primaire est passé inaperçu ; elle présente au niveau des fesses, de la région peri-anale et vulvaire des syphilides papulo-érosives typiques et

au niveau de l'amygdale gauche une plaque muqueuse diphthéroïde.

La réaction de B. W a été positive et la malade a été mise au traitement anti-syphilitique intensif.

Au point de vue dystrophique, on relève des troubles dentaires : striures transversales des incisives inférieures, irrégularité des incisives supérieures ; on ne perçoit pas l'appendice xiphoïde ; les bosses frontales sont nettement saillantes.

Elle fait partie d'une famille de sept enfants, dont deux sont morts en bas âge ; les cinq autres sont bien portant et normalement constitués. Les parents sont vivants et en parfaite santé.

Obs. III (personnelle). — Le malade L. C., âgé de 52 ans, hospitalisé à l'Hôpital Cochin pour abcès de la gaine du psoas, présente un vitiligo apparu dès l'âge de 18 ans. Le vitiligo siège au niveau de la région ano-génitale.

On note : une large tache hypopigmentée sur le serotum, qui est pris presque tout entier, un élément dans le sillon balano-préputial et, enfin, un autre élément triangulaire entourant complètement l'anus. Tout le reste de la région génitale est fortement pigmenté. La zone intéressée est celle des dernières racines sacrées : S³, S⁴, S⁵.

Il n'y a aucune modification de la couleur des poils au niveau des plaques et aucun trouble de la sensibilité.

Le malade présente une syphilis passée inaperçue et qu'on a pu mettre en évidence par une réaction sérologique positive en juin 1929.

Les pupilles réagissent mal à la lumière ; les réflexes tendineux sont fortement diminués à droite.

Il n'a pas de dystrophie congénitale. Ses parents sont morts à l'âge de 30 et 35 ans.

Obs. IV (personnelle). — La malade B. P., âgée de 18 ans, examinée à la consultation de dermatologie du Dr Touraine, à l'Hôpital Broca, présente un nanisme, type Lorrain, et de nombreux signes de rachitisme. Sa taille est de 1 m. 32 ; ses facultés intellectuelles sont déficientes ; elle n'a jamais été réglée. A cet infantilisme s'ajoutent des troubles dystrophiques : troubles d'implantation des incisives inférieures ; l'appendice xiphoïde n'est pas perceptible ; valgus exagéré des deux tibias ; de nombreux naevi pigmentaires sont disséminés sur la face et le thorax.

La malade était déjà venue consulter à l'Hôpital en 1927, et l'on avait déjà noté la présence de taches de vitiligo au niveau des régions sus-claviculaires, à l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Une réaction de B. W., faite à cette époque, avait été négative.

Examinée en juin 1929, la malade présente de nouveaux éléments de vitiligo, non encore apparus lors du premier examen : une large plaque étendue transversalement dans la zone interscapulaire ; un élément sur chaque épine iliaque antero-supérieure.

Les éléments anciens semblent avoir évolué ; les taches sus-claviculaires occupent toute la région supérieure des épaules ; récemment est apparu un élément rétro-mastoïdien, à gauche, entouré d'un halo-pigmentaire très foncé.

Actuellement, la topographie du vitiligo est bilatérale, à peu près symétrique. Le placard sus-claviculaire, ainsi que l'élément interscapulaire répondent à C⁴. Les autres éléments répondent à D⁶ et L².

Il n'existe pas de trouble de la sensibilité au niveau des plaques de vitiligo.

La réaction de B. W., faite en juin 1929, a été négative. Nous n'avons pu pratiquer de ponction lombaire et faire des recherches sur le liquide céphalo-rachidien, dont les résultats auraient été intéressants à connaître, puisqu'il s'agissait vraisemblablement d'un vitiligo en train d'évoluer.

Dans les antécédents, on note : une pneumonie. Le père examiné attentivement ne présente pas de signes de syphilis et une réaction de B.W., qui lui a été faite en 1927, a été négative .

Obs. v (personnelle). — La petite malade L. D., âgée de 9 ans, hospitalisée à l'Hôpital Broca, dans le service du Dr Touraine, pour un psoriasis guttata, présente un vitiligo bilatéral et symétrique de la région thoracique supérieure apparu il y a 3 ans.

Ce vitiligo se présente comme une large nappe hypopigmentée, en pèlerine, s'étendant en arrière de la première à la septième vertèbre dorsale, recouvrant les omoplates et les régions deltoïdiennes, en avant, des clavicules aux troisièmes espaces intercostaux. Tout autour de cette zone, une hyperpigmentation est marquée, surtout au niveau de la nuque et du thorax.

Cette plaque répond au territoire de C⁴ en entier, ainsi qu'à une partie des territoires de C⁵, C⁶, C⁷, C⁸, D¹, D². Elle ne déborde pas sur le territoire de C³ et C².

En outre, quelques rares éléments très discrets, au niveau des fosses iliaques, répondent à la première racine lombaire.

Pas de trouble de la sensibilité au niveau des taches. La malade présente, en outre, une fossette coxygienne très nette.

La réaction de B. W. faite dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est négative. On ne trouve ni hyperalbuminose, ni lymphocytose.

Le père présente des antécédents de syphilis. Il a été traité avant la naissance de l'enfant par trois séries de piqûres.

La mère a fait une fausse couche de 8 mois. La réaction de B. W faite à la mère et au père a été négative.

Obs. vi (personnelle). — La malade C. B., âgée de 58 ans, vient consulter pour eczéma, dans le service du Dr Touraine, à l'Hôpital Broca. On s'aperçoit qu'elle présente un vitiligo étendu qui aurait débuté dès l'enfance au niveau de la région anale. Après une phase stationnaire vers l'âge de 29 ans, sont apparus de nou-

veaux éléments au niveau du cou, du thorax, des membres supérieurs. Leur apparition s'est faite par poussées successives.

Actuellement, la topographie de ce vitiligo bilatéral est, dans l'ensemble, à peu près symétrique, mais non exactement symétrique. Il s'étend au niveau des régions scapulaires, sus-claviculaires, dorsales, aux membres supérieurs et à l'anus.

On note de larges plaques hypopigmentées de la région sus-scapulaire et la débordant en avant et en arrière, répondant au territoire de C⁴ et C⁵ et n'empiétant pas sur le territoire de C³. De plus, deux plaques situées sur la face antérieure et postérieure du bras, répondent à C⁶, C⁷, C⁸.

Dans le dos, deux plaques étendues occupent le territoire des sept ou huit premières racines lombaires.

Enfin, au niveau de la région sacrée, on note au pourtour de l'anus des plaques répondant aux deux dernières racines sacrées.

Pas de trouble de la sensibilité au niveau des taches. Reflexes tendineux et oculaires normaux.

Aucune dystrophie congénitale.

La réaction de B. W est négative.

Peu de choses dans les antécédents ; pas de fausse couche. Elle est mère de trois enfants ; l'un est mort à 10 ans de pneumonie, les deux autres sont bien portants.

Obs. vu (personnelle). — L. L., femme de 51 ans, détenue à Saint-Lazare, présente d'une part des syphilides tertiaires hypertrophiques anales; d'autre part, un vitiligo dont l'apparition remonte à la première enfance et n'a donc pas de rapport avec la syphilis dont est actuellement atteinte la malade.

Ce vitiligo, absolument bilatéral et symétrique, s'étend de la face dorsale du cou, aux fesses, en arrière, et sur l'abdomen en avant.

On note trois plaques achromiques, deux symétriques, une médiane dans la région cervicale postérieure et situées dans la zone innervée par C⁴, n'empiétant pas sur le territoire radiculaire sus-jacent, celui de C³.

Dans le dos, on note plusieurs petites plaques et deux éléments disposés de part et d'autre de l'ombilic, qui répondent, dans l'ensemble, aux territoires des 6^e ou 7^e racines dorsales.

Au niveau des plis inguinaux et de la face interne des cuisses, il existe quatre petits éléments superposés, qui correspondent au territoire de la quatrième racine lombaire.

Enfin, aux fesses, on note une plaque achromique située dans la zone d'innervation de la troisième racine sacrée. Il est à remarquer : la zone ano-génitale est ici indemne.

Au niveau des plaques de vitiligo, on note une hypoesthésie très nette, superposée exactement à l'hypopigmentation.

Outre le vitiligo, la malade présente des syphilides tertiaires anales. La réaction de B.W. est actuellement négative. Les accidents primaires sont méconnus, mais la réaction de B. W. était positive en 1920. Pas de troubles dystrophiques. Antécédents : cinq grossesses ; trois accouchements avant terme (7 mois), deux à terme.

Obs. VIII (personnelle). — La petite malade S. L., âgée de 9 ans, est examinée dans le service du Dr Touraine, à l'Hôpital Broca.

Elle présente un vitiligo bilatéral et symétrique, datant de huit mois, dont les éléments sont uniquement situés au niveau des régions innervées par les racines cervicales et sacrées.

On note, au cou, quatre taches hypopigmentées, arrondies, disposées de part et d'autre de la colonne cervicale et comprises entièrement dans le territoire qu'innervent C⁴, n'empiétant pas sur les territoires voisins.

Au niveau de la région ano-génitale, on note : deux éléments superposés, symétriques, qui encadrent la vulve ; puis, de chaque côté de l'anus, deux éléments plus petits situés de part et d'autre du sphincter.

Les plaques, entourées d'une zone fortement hyperpigmentée, répondent au territoire des dernières sacrées (S³, S⁴, S⁵).

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité au niveau des plaques de vitiligo.

La malade présente, en outre, quelques éléments de lichen obtusus, au niveau des fesses et des cuisses. On en retrouve quelques éléments au cou ; certains déjà évoluent vers des ponctures atrophiques, nacréées, bien différentes du vitiligo.

Pas de signe de dystrophie congénitale. La réaction de B.W. dans le sang est négative.

Une ponction lombaire a été faite : dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction de B.W. a été négative et les examens ont montré une albuminose normale et une lymphocytose de 2,5. La jeune malade est la treizième d'une famille de quinze enfants, dont sept sont vivants, quatre mort-nés et un mort de méningite.

Obs. ix (personnelle). — La malade S. R., femme de chambre, 26 ans, hospitalisée dans le service du Dr Touraine, à l'Hôpital Broca, pour eczéma des avant-bras, présente un vitiligo, apparu dès l'enfance, bilatéral et dans l'ensemble symétrique.

Il siège au niveau de la région cervicale, de l'abdomen et de la région ano-génitale.

On note deux placards irréguliers, un peu asymétriques, étendus de chaque côté du cou et répondant à la partie supéro-interne de la zone cutanée innervée par C⁴, juste à la limite de la zone correspondant à C³ et n'empiétant pas sur elle.

Au niveau de l'abdomen, les taches hypopigmentées sont nombreuses et peu étendues, siégeant dans la zone des quatre ou cinq dernières dorsales. Enfin, on note : deux plaques encadrant la vulve, une autre entourant l'anus et qui répondent au territoire des dernières sacrées (S³, S⁴, S⁵).

Au niveau de la nuque, on observe une leucomelanodermie à petits éléments, identique à la leucomelanodermie spécifique.

Nous n'avons pas trouvé de signes de dystrophie congénitale

Une réaction de B.W. dans le sang, faite en juin 1929, a été positive.

La ponction lombaire a été faite ; l'examen du liquide céphalo-rachidien a montré : une lymphocytose de 1,1, une hyperalbuminose de 30.

On ne relève rien dans les antécédents de la malade. Un frère est mort de convulsions à l'âge de 3 mois. Sa mère est morte à 31 ans ; son frère est en parfaite santé

Obs. x (personnelle). — Le malade P. F., âgé de 53 ans, vient consulter à l'Hôpital Tenon, pour de l'œdème des jambes. Il présente, en outre, un vitiligo généralisé qui s'est constitué en six mois, réalisant la topographie qu'il présente aujourd'hui.

Presque tout le corps est décoloré, sauf quelques espaces de peau hyperpigmentée. Un fait est à signaler ; le territoire de C³ est entièrement respecté, alors que tout le territoire de C⁴ est envahi. La zone d'innervation de C⁵ est, elle aussi, à peu près indemne, de même que celui des premières dorsales ; mais tous ces territoires présentent cependant des éléments du vitiligo.

Il n'y a ni prurit, ni aucun autre trouble de la sensibilité au niveau des plaques.

Le malade était déjà venu consulter en 1926 pour un œdème des jambes et on avait diagnostiqué une néphrite aiguë syphilitique. Une réaction de B.W. faite à cette époque avait été positive.

Après un traitement, ayant consisté en trois séries de novar et de cyanure de mercure, l'albumine avait complètement disparu et le malade, guéri, avait quitté l'hôpital.

Actuellement, la recherche de l'albumine est négative. La réaction de B.W. est, elle aussi, négative, bien que depuis 1926 il n'ait plus été traité.

Les reflexes oculaires et tendineux sont normaux. Mais, cependant, au traitement anti-syphilitique, l'œdème diminue progressivement.

Les accidents primaires de la syphilis sont méconnus.

Nous ne relevons aucun signe de dystrophie congénitale chez ce malade, sinon un trouble d'implantation des incisives inférieures.

Dans ses antécédents, à part la néphrite et la réaction de B.W. positive en 1926, on ne relève rien. Il n'a aucun souvenir d'accident syphilitique primaire ou secondaire.

Son père est mort à l'âge de 48 ans ; sa mère est morte à 46 ans. Un de ses frères est mort à l'âge de trois mois de congestion pulmonaire. Il a trois sœurs âgées de 68, 66 et 60 ans, n'ayant jamais fait de fausses couches, dont l'une à un enfant.

Obs. XI (personnelle). — Le malade P. V., âgé de 46 ans, examiné à la consultation de dermatologie du Dr Touraine, à l'Hôpital Broca, présente une pelade et un vitiligo, dont les premiers éléments sont apparus en 1917, au niveau des bourses et de la verge, formant une bande dépigmentée, allongée, médiane, sur la face inférieure de la verge et la face antérieure des bourses, et une bande plus courte sur la face supérieure de la verge. Ces plaques ont mis, d'après le malade, quinze jours environ à se former. puis elles ont cessé d'évoluer.

Mais, il y a deux mois environ, sont apparues de nouvelles plaques, toujours dans la zone ano-génitale et dont l'apparition a été précédée de prurit local, qui persiste, pendant que les plaques continuent à s'étendre peu à peu. On note deux plaques parfaitement symétriques, situées sur le scrotum et un petit élément unilatéral qui vient d'apparaître.

Le vitiligo est donc, dans l'ensemble, parfaitement symétrique et se trouve uniquement localisé dans le territoire des dernières racines sacrées (S³, S⁴, S⁵).

Le malade présente, en outre, des plaques de pelade : une occipitale, médiane, et plusieurs autres bilatérales et symétriques au niveau de la barbe. Ces plaques de pelade n'ont d'ailleurs plus tendance à l'extension et sont en voie de repousse. Il est un fait à noter, c'est que l'apparition de la pelade coïncide avec celle du vitiligo.

Les reflexes oculaires et tendineux sont normaux.

La réaction de B.W. a été négative. La ponction lombaire n'a pu être faite.

Dans les antécédents, on découvre un chancre induré (?) en 1917 ; le malade n'a jamais été traité.

OBS. XII (publiée par Mlle Grunsham dans sa thèse. Paris 1907). — Il s'agit d'un homme de 22 ans, qui fait son service militaire à Caen. Il y a trois mois, en mettant sa cravate, un matin, il s'aperçut que la peau de son cou présentait une coloration brunâtre et, de place en place, il remarqua des taches plus claires.

Quelques jours après, cette pigmentation atteignit la face interne des cuisses, les régions inguinales et la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Il y a maintenant 15 jours, deux mois après le début de l'affection, apparurent une coloration brune et des taches claires sur le dos de la main droite.

Actuellement, en examinant les téguments de ce malade, on remarque que les troubles de la pigmentation sont surtout accentués au niveau de la région sous-ombilicale, de l'aîne et des organes génitaux. Sur un fond café au lait, avec des régions un peu plus foncées, se détachent des plaques claires ovalaires à bords quelquefois polycycliques, mais bien tranchés. On en remarque une, la plus apparente sur le dos de la verge, et plusieurs autres au niveau des apophyses épineuses. Toutes sont disposées suivant une topographie radiculaire.

Toute la région qui présente des troubles de la pigmentation à une disposition métamérique en caleçon de bain ; la pigmentation commence au-dessous de l'ombilic, revêt la peau des fesses, de l'abdomen, descend sur les régions inguinales et s'arrête au niveau du tiers inférieur de la cuisse.

La coloration présente la même intensité dans les deux régions symétriques ; elle est plus marquée dans la région inguino-scrotale.

Au niveau du cou le vitiligo a une disposition en collier ; le fond café au lait est beaucoup plus clair ; il est encore moins accusé sur la peau du front, où il faut regarder avec soin pour apercevoir les taches claires.

Sur le dos des mains, on peut observer une coloration et des taches analogues à celles que l'on remarque sur le cou.

Cet homme, âgé de 22 ans, n'a pas encore de moustache, ni de barbe, mais les autres régions pileuses sont normales.

On ne trouve, chez cet homme, aucun trouble du système nerveux; les réflexes cutanés et tendineux sont normaux, la sensibilité bien conservée; il y a un peu d'hyperesthésie de la peau.

On ne trouve pas non plus de stigmates d'hystérie; il n'y a ni hémianesthésie, ni rétrécissement du champ visuel, ni abolition du réflexe pharyngé. Cet homme n'a jamais eu de crises d'aucune nature.

Le malade nie toute spécificité. Ses parents se portent bien; il a des frères et des sœurs qui sont en très bonne santé.

OBS. XIII (publiée par MM. Lévy-Franckel et Juster), *Bulletin de la Société de Dermato et S.*, nov. 1922). — Mme M., âgée de 44 ans, entrée le 19 octobre 1922 à Tenon dans le service de M. P.-E. Weil, « parce qu'elle avait rendu du sang par la bouche ». Nous sommes en effet, en présence d'une hémogénique, qui présentait à son entrée des ecchymoses spontanées, un temps de saignement prolongé, et des troubles thyro-ovariens favorisés par l'approche de la ménopause : tachycardie (132 à la minute) et tremblement léger.

Ses réflexes tendineux sont vifs, ses réflexes cutanés plantaires en flexion; il n'a pas été possible de trouver les réflexes cutanés abdominaux. Les doigts de la main gauche sont un peu plus longs que ceux de la main droite.

Enfin, l'examen de la malade révèle sur les flancs, au niveau du D², D³, des placards dyschromiques à disposition zoniforme, mais symétriques des deux côtés de la ceinture. Ce sont des taches blanches entourées de zone hyperpigmentée. Sous le sein gauche, la lésion rappelle absolument la disposition en bouquet d'un zona.

Cependant, la malade affirme n'avoir jamais eu de bouton à cet endroit. La réaction de B.-W. a été négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Dans ce dernier, on a trouvé une albumine de 0 gr. 20.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président,*
ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ballet et Bauer.* — Vitiligo et Tabès (Rev. neur., 1902, p. 154).
- Balzer et Galliot.* — Contribution à l'étude du vitiligo syphilitique (Bul. Soc. Derm., 1914).
- Barthélemy.* — Pelade et Vitiligo ; Vitiligo des organes génitaux (Bull. Soc. Derm., 1893).
- Bralez.* — Vitiligo et Syphilis (Th. Paris, 1918-19).
- Brissaud et Souques.* — Disposition métamérique spinale de la syphilide pigmentaire primitive (Sem. méd., 1901).
- Crouzon et Foix.* — Vitiligo et Hérédo-Syphilis (Bull. et Men., Soc. des Hôp. de Paris, 1914).
- Darier.* — Syphilides pigmentaires du cou (An. de Derm., 1918).
Vitiligo in la pratique de Dermatologie (1904, p. 846)
Précis de Dermatologie.
- Déjérine.* — Note sur les altérations de la peau dans un cas de vitiligo (Bull. Soc. an. Paris, 1888).
- Delacour.* — Vitiligo, Syphilis et Hérédo-Syphilis (T., Paris, 1914).
- Douhet.* — Etiologie et Pathogénie du Vitiligo (Th., Pars, 1921).
- Ferrand et Darier.* — Leucomélanodermie du scrotum simulant le Vitiligo (Bull. Soc. Derm., 1920).
- Ferris.* — Vitiligo et Tumeur névrologique centrale de la Moelle (Rev. neur., 1908 ; An. Derm., 1905).

- Fournier et Delot.* — Deux cas de Vitiligo (Bull. Soc. Derm., 1900. — An. Derm., 1901).
- Gaucher.* — Etiologie du Vitiligo (An. Derm., 1900 ; Revue de Méd., 1900).
- Etiologie du Vitiligo chez les Syphilitiques (Bull. Soc. Derm., 1902).
- Pathogénie des pigmentations du cou dans la syphilis (Bull. Soc. Derm., 1908).
- Gaucher-Gougerot-Audebert.* — Vitiligo et Syphilis (Bull. Soc. Derm., 1913).
- Golaz.* — Rôle du Système nerveux sympathique dans les Dermatoses (Bull. Soc. Derm., 1923).
- Gougerot.* — Vitiligo familial et hérédosyphilis (Bull. Soc. Derm., 1914). — Vitiligo post-traumatique diffusant autour d'une blessure (Bull. Soc. Derm., 1919).
- Gros.* — Les pigmentations dans la syphilis et leur rapport avec le vitiligo (Th. Paris, 1912).
- Grunspan.* — Contribution à l'Etiologie du vitiligo (Th. Paris, 1907).
- Jeanselme et Chevalier.* — Recherches sur les méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes (Rev. méd., 1912).
- Jeanselme et Sézary.* — Revue de Biologie, 1908.
- Klippel et Weil.* — Vitiligo métamérique ; vitiligo commisural (Rev. neur., 1920).
- Lebrun.* — Le vitiligo d'origine nerveuse (Th. Lille, 1886).
- Leloir.* — Des dermatoses indicatrices (Ann. de Derm., 1889).
- Leniel-Lavastine.* — Pathologie du sympathique.
- Leniel-Lavastine et Vié.* — Neuro-syphilis compliqué de vitiligo (Soc. Méd., 1927, III).

- Levy et Franckel.* — La pelade, syndrome d'irritation du grand sympathique (Bull. Soc. Derm., 1922).
- Levy-Franckel et Juster.* — Le syndrome endocrino-sympathique de la pelade (Presse méd., 1922).
- Lindberg.* — Etiologie et pathogénie du vitiligo (Th. Paris, 1922).
- Marcou.* — Syphilis et vitiligo (Rev. de méd. et chir., 1906).
- P. Marie et Crouzon.* — Vitiligo et syphilis (Bull. Soc. Derm., 1902).
- P. Marie et Guillaïn.* — Vitiligo et symptômes tabétiques (Rev. neur., 1902).
- Mériadec.* — Vitiligo et syphilis (Th. Paris, 1919).
- Milian.* — Le vitiligo est consécutif à une syphilide érythémateuse fruste (Bul. Soc. méd. Hôp., 1921).
- Milian et Mouquin.* — Vitiligo par lésion syphilitique locale (Bul. Soc. Derm., 1920).
- Noar.* — Pelade et vitiligo dans leur rapport avec le système endocrino-sympathique (Th. Paris, 1923).
- Pautrier et Rabreau.* — Vitiligo chez un syphilitique présentant encore des lésions érythémateuses en bordure des placards achromiques (Bull. Soc. Derm., 1914).
- Poirier.* — Anatomie.
- Queyrat.* — Vitiligo émotif (Bul. Soc. Derm., 1922).
- Ravaut.* — Etude cytologique du liquide C.R. chez les syphilitiques (Ann. de Derm., 1903).
- Sabouraud.* — Sur l'étiologie de la pelade (Ann. de Derm., 1919).
- Simon et Michon.* — Vitiligo à topographie symétrique (Bull. Soc. Derm., 1926).
- Souquet.* — Vitiligo et signe d'Argyll Robertson d'origine syphilitique (Rev. neur., 1902).
- Testul.* — Anatomie.

Touraine. — Vitiligo syphilitique (Paris méd., 1919). La ponction lombaire dans le vitiligo (Bul. Soc. Derm., 1919)

Vincent. — Les lésions des nerfs de la base du cerveau dans le tabes (Th. Paris, 1920). Des méningites chroniques syphilitiques (Paris méd., 1918).
